

**Programas:**

Cardiologia

Gastroenterologia

Hematologia e Hemoterapia

Hepatologia

Nefrologia

Oncologia Clínica

Pneumologia

**RESIDÊNCIA MÉDICA IDOR 2026**  
**PROVA DE CLÍNICA MÉDICA****13/12/2025**

Este caderno, com 24 páginas, contém 50 questões objetivas de Clínica Médica. Além deste caderno, você está recebendo um Cartão de Respostas.

**Observe as seguintes instruções, antes de iniciar a prova:**

- Após a autorização para abrir este caderno, verifique se a impressão, a paginação e a numeração das questões estão corretas. **Caso observe qualquer erro, notifique o fiscal.**
- Verifique, no Cartão de Respostas, se seu nome, número do CPF, número do documento de identidade, data de nascimento, número de inscrição estão corretos. **Se houver erro, notifique o fiscal.**
- Use apenas caneta de corpo transparente, preta ou azul, para assinar o cartão e marcar suas respostas, cobrindo totalmente o espaço que corresponde à letra da alternativa que melhor responde a cada questão.
- Além de sua assinatura, da transcrição da frase e da marcação das respostas, nada mais deve ser escrito ou registrado no Cartão, que não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado.

**Ao terminar a prova, entregue ao fiscal este caderno e o Cartão de Respostas.**

---

**INFORMAÇÕES GERAIS**

O tempo disponível para fazer as provas é de três horas. Nada mais poderá ser registrado após esse tempo.

É vedada a possibilidade de copiar suas respostas.

Nas salas de prova, não será permitido portar arma de fogo, fumar, usar relógio ou boné de qualquer tipo e utilizar lápis, lapiseiras, borrachas, corretores ortográficos líquidos ou similares.

Sofrerá eliminação o participante que, durante a prova, utilizar qualquer instrumento de cálculo e/ou qualquer meio de obtenção de informações, eletrônicos ou não, tais como calculadoras, agendas, computadores, rádios, telefones, smartphones, tablets, receptores, livros e anotações manuscritas ou impressas.

Sofrerá eliminação também o participante que se ausentar da sala levando consigo qualquer material de prova.

---

**BOA PROVA!**



## 01

Homem de 68 anos, hipertenso, diabético e tabagista, comparece à consulta com a clínica médica, sendo observada laboratorialmente a presença de hipercolesterolemia (LDL de 200 mg/dL).

Diante do exposto, a conduta inicial mais indicada é prescrever:

- (A) estatina, ezetimiba e estimular mudança do estilo de vida.
- (B) estatina e mudança dos hábitos de vida.
- (C) ezetimiba e fibrato.
- (D) estatina e fibrato.

## 02

Mulher de 32 anos, tabagista, apresenta história de níveis pressóricos persistentemente elevados em ambientes externos, embora os mesmos estejam sempre dentro da normalidade durante as consultas médicas. Comparece à consulta de retorno trazendo resultado da monitorização residencial da pressão arterial, que evidencia pressão arterial repetidas vezes acima de 130 x 80 mmHg.

Com base nos dados apresentados, o diagnóstico provável é:

- (A) hipertensão do jaleco branco.
- (B) hipertensão sistólica isolada.
- (C) hipertensão secundária.
- (D) hipertensão mascarada.

## 03

Homem de 64 anos comparece à consulta com a clínica médica em decorrência de dispneia aos esforços. Ao exame físico, é observado sopro diastólico (2+/6+) mais audível no segundo espaço intercostal, na região paraesternal à direita, além da presença de pulso arterial amplo e pulsatilidade da úvula.

Diante do exposto, o sinal clínico descrito na úvula do paciente e a patologia valvar associada são:

- (A) sinal de Quincke; estenose mitral.
- (B) sinal de Müller; insuficiência aórtica.
- (C) sinal de Gallavardin; estenose aórtica.
- (D) sinal de Trousseau; insuficiência mitral.

**04**

Mulher de 68 anos, hipertensa, em uso de hidroclorotiazida e losartana, e diabética, em uso de metformina, se encontra internada em enfermaria de clínica médica em decorrência de pielonefrite aguda, tendo sido iniciado tratamento com ceftriaxona intravenosa. Durante a internação, foi observada hiponatremia persistente (sódio sérico em torno de 122 mEq/L).

Diante do caso descrito, o manejo inicial mais indicado para o distúrbio eletrolítico presente é:

- (A) solicitar dosagens de sódio urinário, osmolaridade urinária e cortisol sérico.
- (B) suspender a metformina, calcular a osmolaridade urinária e solicitar a dosagem de sódio urinário.
- (C) suspender a hidroclorotiazida, calcular a osmolaridade sérica e ajustar a natremia para a glicemia.
- (D) solicitar dosagem da osmolaridade sérica e urinária, tomografia computadorizada de abdome e dosagem de cortisol sérico.

**05**

Mulher de 72 anos, hipertensa, comparece à consulta com a clínica médica em decorrência de alteração da marcha, distúrbio do sono e apatia. Apresenta marcha rígida e de base ampla, embora consiga se virar rapidamente. Ao exame físico, apresenta "sinal do foguete" ao se levantar da cadeira, bradicinesia, hiperreflexia, déficit cognitivo frontal e instabilidade postural, dando vários passos para trás em resposta ao teste da tração. À avaliação oftalmológica, é constatada lentificação da sacada vertical.

Diante do exposto, a provável hipótese diagnóstica para o caso é:

- (A) paralisia supranuclear progressiva.
- (B) demência frontotemporal.
- (C) hidrocefalia normobárica.
- (D) doença de Parkinson.

**06**

Homem de 65 anos, tabagista, se encontra em acompanhamento com pneumologista em decorrência de dispneia aos esforços e tosse seca. Nega quaisquer outros sinais e/ou sintomas, bem como comorbidades, exposições ambientais (além do tabagismo) e medicações de uso contínuo. Ao exame físico, apresenta crepitações em velcro bibasais e hipocratismo digital. Laboratorialmente, apresenta marcadores reumatológicos negativos. O laudo da espirometria assinala padrão restritivo, enquanto a tomografia computadorizada de tórax de alta resolução evidencia a presença de opacidades periféricas, localizadas predominantemente nas bases pulmonares e associadas a faveolamento e bronquiectasias-bronquiolectasias de tração.

Diante do exposto, a hipótese diagnóstica correta é:

- (A) psitacose.
- (B) asbestose.
- (C) sarcoidose pulmonar.
- (D) fibrose pulmonar idiopática.

**07**

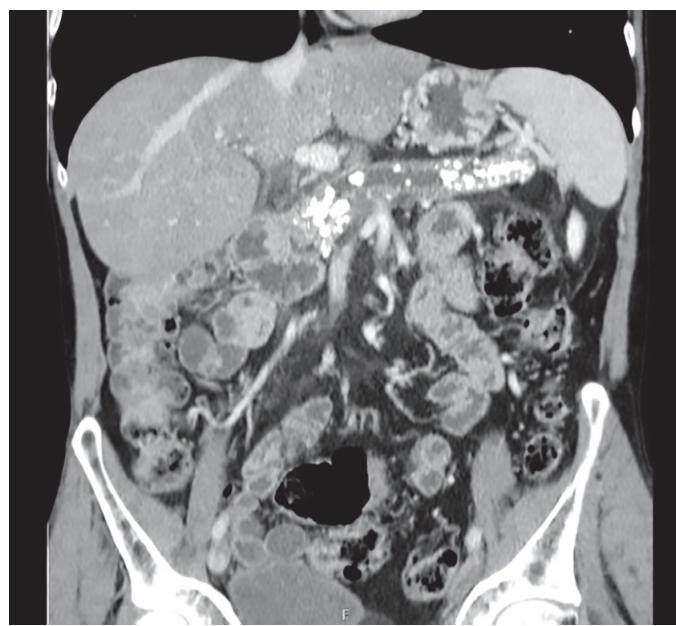
Mulher de 29 anos, previamente hígida, comparece ao departamento de emergência em decorrência de epistaxe e gengivorragia. Refere ter iniciado, há cerca de quatro dias, quadro de febre alta, prostração, mialgias difusas e cefaleia retro-orbitária. Ao exame físico, a paciente se apresenta em regular estado geral, taquicárdica e com sinais de sangramento recente na cavidade nasal. Laboratorialmente, apresenta aumento da velocidade de hemossedimentação e plaquetopenia.

Com base no caso clínico, visando a confirmação da hipótese diagnóstica mais provável, o exame a ser solicitado é:

- (A) fator antinuclear.
- (B) teste do antígeno NS1.
- (C) dosagem de ADAMTS13.
- (D) sorologia para leptospirose.

**08**

Homem de 64 anos, etilista e tabagista, portador de hipertrigliceridemia, comparece ao departamento de emergência em decorrência de dor abdominal, náuseas e vômitos. Há relato de esteatorreia nos últimos meses. Ao exame físico, se encontra emagrecido, levemente hipocorado, com dor mais intensa à palpação na região epigástrica. Laboratorialmente, apresenta discreta elevação sérica de amilase e lipase, hipertrigliceridemia e anemia normocítica e normocrônica. É realizado o exame de imagem abaixo demonstrado.



Disponível em: [www.radiopaedia.org](http://www.radiopaedia.org).

Diante do exposto, o exame que auxiliaria na confirmação da provável condição mórbida presente no caso é:

- (A) PET scan.
- (B) colonoscopia.
- (C) enterorresonância.
- (D) ultrassom endoscópico.

## 09

Homem de 70 anos, hipertenso, comparece à consulta de retorno com a clínica médica em decorrência de cefaleia e dor nos joelhos. Ao exame físico, observa-se apenas um abaulamento no crânio. Laboratorialmente, apresenta elevação de fosfatase alcalina, com níveis séricos de cálcio e fósforo dentro da normalidade. Traz consigo as radiografias abaixo demonstradas.



Disponível em: [www.radiopaedia.org](http://www.radiopaedia.org).

Com base no exposto, o tratamento inicial mais indicado é:

- (A) prescrever bifosfonato.
- (B) indicar paratireoidectomia.
- (C) iniciar ciclo de quimioterapia.
- (D) encaminhar para radioterapia.

## 10

Mulher de 32 anos, com diagnóstico prévio de migrânea, comparece à consulta com a neurologia em decorrência de quadro de cefaleia bilateral e pulsátil, de ocorrência diária e associada à irritabilidade. Descreve que a dor é diferente da que costuma apresentar com as crises de migrânea. Refere que, nos últimos cinco meses, vinha apresentando crises frequentes de enxaqueca, levando-a à ingestão de sumatriptano e corticoide, além de analgésicos comuns, por mais de 10 dias ao mês. No último mês, porém, a cefaleia mudou seu padrão e vem se sustentando há mais de 15 dias.

Diante do exposto, a provável hipótese diagnóstica é:

- (A) cefaleia tensional.
- (B) cefaleia em salvas.
- (C) crise de enxaqueca.
- (D) cefaleia por abuso de analgésicos.

## 11

Homem de 60 anos, ex-tabagista há 6 meses, quando foi diagnosticado com câncer de bexiga e submetido à cistectomia com ureterossigmoidostomia, comparece ao departamento de emergência em decorrência de dispneia e mal-estar geral. Ao exame físico, o paciente se encontra taquidispneico e hipocorado. Laboratorialmente, apresenta nível sérico de sódio de 138 mEq/L, cloro de 116 mEq/L e potássio de 4 mEq/L. A gasometria arterial evidencia pH de 7,2, com  $\text{PaO}_2$  de 120 mmHg,  $\text{PaCO}_2$  de 30 mmHg, bicarbonato de 14 mmol/L e BE de -8.

Com base no exposto, a provável causa do distúrbio ácido-básico apresentado é:

- (A) hiperlactatemia por quadro infeccioso.
- (B) hipoaldosteronismo hiporeninêmico.
- (C) ureterossigmoidostomia.
- (D) uremia.

## 12

Homem de 45 anos, obeso, com diagnósticos de diabetes *mellitus* e apneia obstrutiva do sono, comparece à consulta de controle com endocrinologia, trazendo consigo resultado de exames laboratoriais. São observados níveis de glicemia de jejum e hemoglobina glicada acima do alvo terapêutico. O paciente se encontra em uso apenas de metformina, enquanto aguarda a programação de cirurgia bariátrica.

Com base no caso descrito, a medicação que estaria bem indicada, não apenas para melhora do controle glicêmico, mas também para melhora das comorbidades presentes, é:

- (A) alogliptina.
- (B) tirzepatida.
- (C) pioglitazona.
- (D) glibenclamida.

**13**

Mulher de 32 anos, previamente hígida, comparece à consulta de rotina trazendo consigo exames de "check-up". Ela não apresenta alterações ao exame físico. Os exames laboratoriais se encontram dentro dos limites da normalidade, exceto por exame de urina tipo I (EAS) evidenciando hematúria microscópica isolada. A paciente nega quaisquer outros sinais e/ou sintomas, mas relata estar preocupada porque sua mãe teve câncer de colo uterino diagnosticado aos 35 anos. Nega ter colhido o exame durante o período menstrual e nega hematúria macroscópica, mas relata ter praticado atividade física extenuante no dia anterior à coleta do exame.

Diante do exposto, a conduta mais indicada é:

- (A) solicitar tomografia computadorizada de abdome de urgência.
- (B) encaminhar a paciente à unidade de emergência.
- (C) orientar repetição do EAS em 6 semanas.
- (D) solicitar cistoscopia.

**14**

Homem de 58 anos, hipertenso e diabético, comparece à consulta com a nefrologia, encaminhado por seu cardiologista assistente, em decorrência de alterações observadas em exames laboratoriais recentemente realizados. O exame físico do paciente se encontra dentro da normalidade. O exame laboratorial se encontra na tabela abaixo.

|                    |                 |                  |  |                                   |                      |                         |
|--------------------|-----------------|------------------|--|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Hb 10,2 g/dL       | VCM 82 fL       | CHCM 32 g/dL     | 4.560 leucócitos/mm <sup>3</sup> com diferencial dentro da normalidade | 232.000 plaquetas/mm <sup>3</sup> | Creatinina 1,8 mg/dL | Ureia 62 mg/dL          |
| Potássio 3,7 mEq/L | Sódio 138 mEq/L | Cálcio 8,2 mg/dL | Fósforo 2,7 mg/dL  | Albumina 3,4 g/dL                 | Globulina 3,0 g/dL   | Albuminúria de 200 mg/g |

É realizado cálculo estimativo da taxa de filtração glomerular através da equação de CKD-EPI, obtendo-se resultado de 43 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

Diante do exposto, o dado que favorece a hipótese de que a azotemia do paciente é devida a doença renal crônica e a correta classificação de seu estágio são:

- (A) aumento da ureia; G3aA1.
- (B) presença de anemia; G3bA2.
- (C) presença de comorbidades; G2A1.
- (D) presença de hipoalbuminemia; G4A2.

## 15

Homem de 27 anos, portador de doença de Addison, comparece à unidade de emergência relatando náuseas, vômitos, dor abdominal, fadiga, anorexia e febre. Quando questionado ativamente, relata também tosse produtiva de início há 4 dias. Ao exame físico, se encontra hipotônico, letárgico e com dor abdominal à palpação profunda difusamente. É realizada dosagem de glicemia capilar, que evidencia a presença de hipoglicemia. Laboratorialmente, apresenta leucocitose com neutrofilia e eosinofilia, hiponatremia e hipercalemia leves. Um eletrocardiograma não demonstra alterações agudas. Radiografia de tórax é compatível com pneumonia. Diante do exposto, a conduta indicada é:

- (A) prescrever gluconato de cálcio e glicoinsulinoterapia, iniciar reposição de sódio e de glicose e, posteriormente, administrar hidrocortisona.
- (B) iniciar antibioticoterapia intravenosa, reposição volêmica com soro glicosado e administração em *bolus* de noradrenalina.
- (C) solicitar tomografia computadorizada de tórax e abdome, dosagem de cortisol e prescrever reposição oral de glicose.
- (D) prescrever ressuscitação volêmica, hidrocortisona, reposição de glicose e iniciar antibioticoterapia.

## 16

Mulher de 24 anos comparece à unidade de emergência em decorrência de perda visual bilateral de evolução há cerca de quatro dias. Ao exame físico, além do déficit visual, é observada hipoestesia em ambos os membros inferiores. Laboratorialmente, apresenta aumento da velocidade de hemossedimentação. Teste rápido de HIV e VDRL são negativos. Uma tomografia computadorizada do crânio se encontra dentro da normalidade. É aventada a hipótese de doença do espectro da neuromielite óptica, sendo solicitada ressonância magnética do encéfalo e das órbitas e programada realização de punção lombar. Com base na suspeita diagnóstica corretamente aventada, pode-se afirmar que:

- (A) diante de episódios persistentes e intratáveis de náuseas, vômitos e soluços por mais de 48 horas, deve-se suspeitar de síndrome da área postrema.
- (B) na presença de sonolência diurna excessiva e manifestações disautonômicas, deve-se suspeitar de lesão de tronco encefálico.
- (C) em vigência de hipernatremia, espera-se encontrar achados compatíveis com síndrome (nefropatia) perdedora de sal.
- (D) na ausência de detecção de anticorpos anti-MOG, tal hipótese diagnóstica deve ser prontamente afastada.

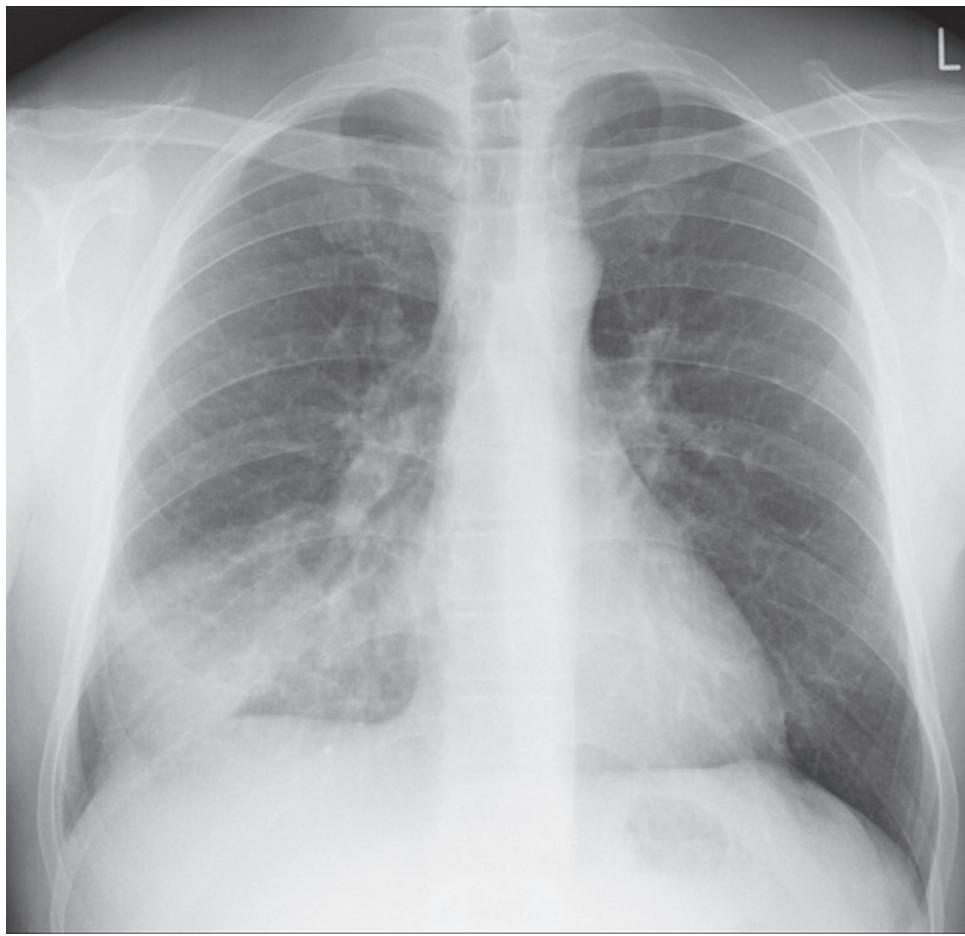
## 17

Homem de 36 anos, previamente hígido, comparece à unidade de emergência relatando início, há cerca de dois dias, de fraqueza descendente, associada a diplopia, turvação visual, disfagia e alteração da fala. Descreve que, dois dias antes do início dos sintomas, apresentou quadro de dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia após ingestão de cachorro-quente "estranho". Ao exame neurológico, são observados os seguintes achados: força muscular grau 2 em braços, grau 3 em antebraços, grau 4 em coxas e grau 5 em pernas; presença de nistagmo horizontal bilateral, paralisia facial e disartria. Exames laboratoriais do sangue, tomografia computadorizada de crânio e punção lombar se encontram dentro da normalidade. Diante do exposto, a provável hipótese diagnóstica é:

- (A) acidente vascular isquêmico de tronco encefálico.
- (B) síndrome de Guillain-Barré.
- (C) poliomielite.
- (D) botulismo.

# 18

Mulher de 68 anos, hipertensa e diabética, comparece ao departamento de emergência em decorrência de tosse produtiva e dor pleurítica. Nega alergias, comorbidades pulmonares, uso de agentes imunossupressores, hospitalizações prévias ou uso de antibioticoterapia recente. Ao exame físico, se encontra lúcida, orientada, taquipneica (frequência respiratória de 32 irpm), taquicárdica (frequência cardíaca de 108 bpm), normotensa, com crepitações pulmonares em terço médio à direita. Laboratorialmente, apresenta leucocitose com neutrofilia, aumento da proteína C reativa, ureia de 75 mg/dL e creatinina de 1,5 mg/dL. Eletrólitos séricos se encontram dentro da normalidade. É realizada a radiografia de tórax abaixo demonstrada.



Disponível em: [www.radiopaedia.org](http://www.radiopaedia.org).

Com base no caso descrito, a melhor conduta é:

- (A) internação hospitalar e tratamento com ceftriaxona e azitromicina.
- (B) tratamento com meropenem e vancomicina em leito de CTI.
- (C) tratamento ambulatorial com amoxicilina-clavulanato.
- (D) tratamento ambulatorial com levofloxacino.

## 19

Homem de 28 anos, previamente hígido, se encontra internado em enfermaria de clínica médica em decorrência de dor em coluna toracolombar de início há cerca de 1 mês e meio, que apresentou piora progressiva nas últimas 3 semanas, evoluindo com fraqueza dos membros inferiores. Apresenta, ainda, espasmos musculares em membros inferiores, perda ponderal não quantificada e febre. Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Ao exame físico, observa-se força 0 em membros inferiores, não havendo alterações ao exame cardiovascular. Exame laboratorial evidencia aumento proeminente da velocidade de hemossedimentação e da proteína C reativa. Ressonância magnética da coluna vertebral evidencia irregularidades tanto da placa terminal, quanto da face anterior dos corpos vertebrais, com edema e realce da medula óssea envolvendo T12 e L1, gerando compressão da medula espinhal local, além da presença de coleções líquidas heterogêneas estendendo-se para o músculo psoas bilateralmente. Os achados do exame de imagem são compatíveis com espondilodiscite associada a abscessos paravertebrais. Diante do exposto, a provável hipótese etiológica do quadro e o tratamento indicado são:

- (A) infecção por *Klebsiella aerogenes*; tratamento com ceftriaxona por pelo menos 14 dias, reavaliando indicação cirúrgica.
- (B) bacteremia devido a endocardite infecciosa; tratamento com vancomicina por pelo menos 6 semanas.
- (C) infecção por *Staphylococcus aureus*; tratamento com vancomicina por pelo menos 2 semanas.
- (D) mal de Pott; esquema RIPE por 6 a 9 meses e encaminhar para programação cirúrgica.

## 20

Mulher de 55 anos, hipertensa, em tratamento quimioterápico por câncer de mama, comparece ao departamento de emergência em decorrência de edema e dor no membro inferior direito. Nega quadro prévio semelhante. Ao exame físico, além do edema assimétrico (perna direita maior que a esquerda), é observado sinal de Homans positivo e empastamento da panturrilha direita. É realizado cálculo através do escore de Wells. Com relação ao papel desse escore para avaliação da probabilidade da presença de trombose venosa profunda, pode-se afirmar que:

- (A) a presença de edema não pontua em tal escore.
- (B) a presença de sinal de Homans pontua em tal escore.
- (C) a presença de veias colaterais não varicosas pontua em tal escore.
- (D) neoplasia ativa não é considerada como fator de risco para trombose.

## 21

Mulher de 36 anos comparece à unidade de emergência em decorrência de fadiga e dispneia progressiva. Refere história de episódios prévios de pneumotórax não relacionados a trauma (2 episódios). Nega comorbidades e tabagismo. Ao exame físico, apresenta abolição do murmúrio vesicular em 2/3 inferiores do hemitórax direito, com redução do frêmito tóraco-vocal local e maciez à percussão. Uma radiografia de tórax é compatível com derrame pleural moderado à direita. É realizada toracocentese diagnóstica, que evidencia líquido pleural de aspecto leitoso, com dosagem local de triglicerídeos de 120 mg/dL. Diante do exposto, pode-se afirmar que se trata de:

- (A) pseudoquilotórax por possível linfoma do mediastino.
- (B) quilotórax devido a possível trauma local não percebido.
- (C) pseudoquilotórax devido a provável pleurite reumatoide.
- (D) quilotórax por provável linfangioleiomiomatose pulmonar.

## 22

Homem de 70 anos, hipertenso, se encontra internado em enfermaria de clínica médica para investigação de diarreia aguda. Refere internação há cerca de sete dias devido a infecção urinária, tendo feito uso inicialmente de ciprofloxacino por sete dias e, posteriormente, ceftriaxona também pelo mesmo tempo. Descreve apresentar diarreia aquosa, com cerca de seis episódios ao dia, associada a febre baixa, náuseas, anorexia e dor abdominal em cólica. Ao exame físico, o paciente se encontra hipo-hidratado, febril, com distensão abdominal e dor à palpação profunda dos quadrantes inferiores do abdome. Laboratorialmente, apresenta leucocitose com neutrofilia e alteração da função renal. A tomografia computadorizada de abdome com contraste oral evidencia a presença do “sinal do acordeão”, descrito como a presença de edema e inflamação da mucosa envolvendo o cólon distal, dando a aparência de faixas alternadas de alta atenuação (contraste) e baixa atenuação (hastras edematosas).

Diante do caso descrito, o exame que auxiliaria na confirmação do provável diagnóstico é:

- (A) dosagem de toxinas A e B de *Clostridioides difficile* nas fezes.
- (B) PCR para pesquisa de *Tropheryma whipplei* nas fezes.
- (C) dosagem de ácido 5-hidroxi-indolacético na urina.
- (D) exame parasitológico das fezes.

## 23

Mulher de 28 anos, sexualmente ativa, previamente hígida, comparece à consulta em UBS descrevendo aparecimento recente de lesões dolorosas na região genital, episódios de febre e disúria. A paciente refere relação sexual desprotegida cerca de uma semana antes do quadro. Ao exame físico, observam-se múltiplas pequenas lesões ulceradas dolorosas, sem secreção, localizadas bilateralmente na região genital e associadas a linfadenopatia inguinal dolorosa, sem sinais de fistulização.

Diante do exposto, o provável patógeno envolvido no quadro é:

- (A) *Chlamydia trachomatis*.
- (B) *Haemophilus ducreyi*.
- (C) *Treponema pallidum*.
- (D) *Herpes simplex*.

## 24

Homem de 30 anos, com história de asma, múltiplas alergias alimentares e dermatite atópica, comparece à consulta com a gastroenterologia após ter obtido alta hospitalar. Ele havia sido internado em enfermaria de clínica médica para investigação de disfagia de condução, com relato de sensação de “alimento impactado” e dor torácica. Há história familiar de disfagia, porém sem esclarecimento da causa. Ao exame físico, apresenta apenas dor à palpação do abdome superior. Laboratorialmente, apresenta aumento do nível sérico de IgE e eosinofilia leve. É realizada endoscopia digestiva alta que evidencia a presença de anéis circulares empilhados no esôfago, com presença de sulcos lineares e atenuação do padrão vascular. Uma análise histopatológica de material obtido por biópsia demonstrou microabscessos eosinofílicos, com hiperplasia de células basais e camadas de eosinófilos.

Diante do exposto, a explicação mais provável para o quadro é:

- (A) esofagite eosinofílica.
- (B) síndrome hipereosinofílica.
- (C) doença do refluxo gastro-esofágico.
- (D) granulomatose eosinofílica com poliangeite.

**25**

Mulher de 56 anos, hipertensa, tabagista, se encontra internada em enfermaria de clínica médica em decorrência de dor abdominal, náuseas e saciedade precoce. Ao exame físico, apresenta dor à palpação profunda do epigástrico. Seus exames laboratoriais se encontram dentro da normalidade. Uma endoscopia digestiva alta demonstra a presença de úlceras gástricas. É realizado teste da urease com resultado negativo.

Diante do exposto, a conduta mais indicada é:

- (A) prescrever terapia de erradicação do *Helicobacter pylori*.
- (B) aguardar o laudo histopatológico do material de biópsia.
- (C) complementar avaliação com realização de colonoscopia.
- (D) cessar o tabagismo e iniciar terapia com inibidor de bomba de prótons.

**26**

Mulher de 25 anos se encontra internada em enfermaria de clínica médica em decorrência de nefrite lúpica, sendo prescrita pulsoterapia com corticoide. Durante o curso do tratamento, evolui com quadro de dor abdominal, constipação intestinal, náuseas, vômitos, dispneia, tosse, dor torácica e hemoptise. Ao exame físico, apresenta sibilos difusos, lesões purpúricas em região periumbilical e as lesões cutâneas abaixo demonstradas. Radiografia de tórax evidencia a presença de infiltrado intersticial bilateral.



Disponível em: [www.atlasdermatologico.com.br](http://www.atlasdermatologico.com.br).

Diante do exposto, o provável diagnóstico é:

- (A) síndrome de Löffler causada por *Ascaris lumbricoides*.
- (B) síndrome pulmão-rim por vasculite associada.
- (C) hiperinfecção por *Strongyloides stercoralis*.
- (D) retocolite ulcerativa associada ao lúpus.

**27**

Homem de 72 anos, hipertenso, se encontra internado em enfermaria de clínica médica em decorrência de quadro de hematoquezia. Refere ainda história de dor torácica intermitente. Ao exame físico, se encontra hipocorado (2+/4+), com frequência cardíaca de 95 bpm, pressão arterial de 110 x 90 mmHg, sopro sistólico mais audível em foco aórtico (3+/6+) e pulso arterial *parvus et tardus*. Laboratorialmente, apresenta anemia hipoproliferativa normocítica e normocrômica. O paciente é submetido a colonoscopia, que evidencia a presença de angiodisplasias colônicas.

Diante do exposto, o provável diagnóstico e a alteração hematológica presente em sua fisiopatologia são:

- (A) síndrome de Williams; anemia por deficiência de vitamina B12.
- (B) síndrome de Heyde; modificação do fator von Willebrand.
- (C) síndrome de Loeys-Dietz; deficiência da proteína C.
- (D) doença de Fabry; aplasia eritroide pura.

**28**

Mulher de 22 anos, com diagnóstico prévio de hipotireoidismo, se encontra internada em enfermaria de clínica médica em decorrência de cansaço, fraqueza difusa e tontura (do tipo pré-síncope). Ao exame físico, se encontra hipocorada (2+/4+) e com sopro sistólico pancardíaco (2+/6+). Laboratorialmente, são observados os seguintes achados: hemoglobina de 9 g/dL, VCM de 72 fL, CHCM de 31 g/dL, RDW de 15%, reticulócitos de 0,6%, 250.000 plaquetas/mm<sup>3</sup> e 6.540 leucócitos/mm<sup>3</sup> (com diferencial dentro da normalidade).

Com base nos dados clínicos e exames laboratoriais descritos, mais especificamente na caracterização da anemia como hipoproliferativa microcítica, uma possível causa para o quadro anêmico é:

- (A) mielodisplasia.
- (B) sangramento agudo.
- (C) anemia sideroblástica.
- (D) hemoglobinúria paroxística noturna.

**29**

Mulher de 32 anos, previamente hígida, se encontra internada em decorrência de dor abdominal, icterícia, disartria e distonia. Apresenta, ainda, distúrbio do sono e humor deprimido. Nega etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas. Ao exame físico, se encontra hipocorada (2+/4+), ictérica (2+/4+) e com hepatoesplenomegalia, estando disátrica e com tremor de "bater asas". Laboratorialmente, observa-se hemoglobina de 8 g/dL, VCM de 88 fL, CHCM 32 g/dL, reticulócitos de 9%, ALT de 140 UI/L, AST de 420 UI/L e 120.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. Ultrassonografia de abdome confirma a presença de hepatoesplenomegalia. É realizada avaliação oftalmológica com exame de lâmpada de fenda que revela achado compatível com anéis de Kayser-Fleischer.

Diante do exposto, a respeito do diagnóstico provável, pode-se afirmar que:

- (A) pacientes com tal doença podem até ser assintomáticos, porém nunca apresentam manifestações neuropsiquiátricas isoladas.
- (B) é comum tais pacientes apresentarem anemia hemolítica não-autoimune intermitente, ou seja, com teste de Coombs direto negativo.
- (C) espera-se encontrar aumento de fosfatase alcalina, devido à clássica estenose de vias biliares associada.
- (D) nesses pacientes, classicamente, há o aumento de ceruloplasmina sérica.

## 30

Homem de 45 anos comparece à unidade de emergência em decorrência de dor abdominal, febre baixa, icterícia e anorexia. Ao exame físico, o paciente se encontra emagrecido, hipocorado (+/4+), ictérico (2+/4+), hipo-hidratado e com dor à palpação profunda do hipocôndrio direito, onde se observa hepatomegalia. Laboratorialmente, apresenta AST de 380 UI/L, ALT de 170 UI/L, gama-GT de 290 U/L, bilirrubina total de 8 mg/dL e VCM das hemácias aumentado.

Com base no caso descrito, a melhor conduta diagnóstica inicial é:

- (A) questionar sobre etilismo.
- (B) solicitar pesquisa de anti-HCV.
- (C) solicitar pesquisa de FAN e fator reumatoide.
- (D) interrogar sobre contato recente com água de rio.

## 31

Mulher de 58 anos, diabética, obesa, com diagnóstico de cirrose hepática por MASH (esteato-hepatite associada a disfunção metabólica), é trazida pelo filho ao departamento de emergência em decorrência de quadro de apatia e constipação intestinal. Ao exame físico, a paciente se encontra letárgica, ictérica (+/4+), hipocorada (+/4+), com ascite leve e presença de flapping/asterix. Laboratorialmente, apresenta INR de 2, albumina de 3 g/dL e bilirrubina total de 3,2 mg/dL.

Diante do exposto, a correta classificação da doença segundo a classificação Child-Pugh e a conduta indicada para o quadro neurológico são:

- (A) B8; iniciar ceftriaxona.
- (B) B9; iniciar ceftriaxona.
- (C) C11; prescrever lactulose.
- (D) C13; prescrever lactulose.

## 32

Mulher de 30 anos, previamente hígida, comparece à consulta com a hepatologia, encaminhada pela ginecologia, após achado de nódulo hepático em ressonância de abdome realizada para investigação de endometriose.

O exame complementar interroga o diagnóstico de adenoma hepático. Um comprovado fator de risco para tal achado radiológico é:

- (A) infecção por citomegalovírus.
- (B) uso de contraceptivo oral.
- (C) uso de antibioticoterapia.
- (D) idade avançada.

## 33

Homem de 34 anos se encontra em investigação em enfermaria de clínica médica por quadro de fadiga, prurido, icterícia, febre, perda ponderal e diarreia intercalada com constipação intestinal. Ao exame físico, o paciente se encontra levemente hipocorado, hipo-hidratado, ictérico, com presença de escoriações provocadas por coçadura e hepatoesplenomegalia. Laboratorialmente, apresenta hipergamaglobulinemia, hiperbilirrubinemia às custas da fração direta e aumento de enzimas canaliculares hepáticas e das provas inflamatórias. Ultrassonografia do abdome evidencia espessamento das vias biliares, com dilatações focais. Diante do provável diagnóstico, a conduta mais indicada é solicitar:

- (A) colonoscopia e sorologia para citomegalovírus.
- (B) colangiorressonância e sorologia para hepatite A.
- (C) colonoscopia, colangiorressonância e pesquisa de FAN e ANCA.
- (D) colangiorressonância, coprocultura e exame parasitológico de fezes.

## 34

Mulher de 62 anos, hipertensa e diabética, comparece ao departamento de emergência em decorrência de dispneia aos esforços, dispneia paroxística noturna e edema de membros inferiores. A paciente se encontra em uso de enalapril 10 mg/dia, metformina 1 g/dia e carvedilol 25 mg/dia. Ao exame físico, a paciente se encontra com murmúrio vesicular reduzido em base direita, frequência cardíaca de 75 bpm, pressão arterial de 140 x 90 mmHg, frequência respiratória de 25 irpm, com saturação de O<sub>2</sub> de 92% em ar ambiente, presença de B3, sopro sistólico mais audível em foco mitral (2+/6+), turgência jugular patológica a 45° e edema de membros inferiores (2+/4+). Laboratorialmente, apresenta apenas leve anemia normocítica e normocrômica, com dosagem de troponina negativa. Eletrocardiograma evidencia bloqueio de ramo esquerdo completo.

Radiografia de tórax demonstra derrame pleural maior à direita. A conduta inicial mais indicada para o caso é:

- (A) aumentar o enalapril, suspender o carvedilol e prescrever espironolactona e furosemida.
- (B) aumentar o enalapril, prescrever furosemida e associar espironolactona e dapagliflozina.
- (C) suspender o carvedilol, associar furosemida e espironolactona, e avaliar toracocentese diagnóstica.
- (D) reduzir o carvedilol, prescrever espironolactona e dapagliflozina, e trocar enalapril por hidralazina com nitrato.

## 35

Mulher de 60 anos, hipertensa e acometida por doença renal crônica, em tratamento conservador, se encontra internada em enfermaria de clínica médica em decorrência de dor intensa no joelho direito. Nega febre e rigidez matinal. Ao exame físico, observa-se, ainda, edema com calor em tal articulação. Laboratorialmente, apresenta marcadores inflamatórios pouco elevados. É realizada artrocentese diagnóstica, que identifica a presença de cristais com birrefringência positiva.

Diante do exposto, a hipótese diagnóstica é:

- (A) gota.
- (B) artrite séptica.
- (C) artrite reumatoide.
- (D) artrite por cristais de pirofosfato de cálcio.

**36**

Homem de 58 anos, ex-tabagista, com diagnóstico relativamente recente de neoplasia de pulmão, comparece à unidade de emergência em decorrência de dor torácica do tipo pleurítico e dispneia. Embora já apresentasse dor torácica há semanas, descreve que o quadro álgico atual é diferente do que costumava apresentar. Refere que a dor alivia ao inclinar o tronco para a frente. Nega quadro gripal prévio. Ao exame físico, apresenta som rude de alta frequência, mais audível nos focos mitral e tricúspide. É realizado eletrocardiograma que evidencia supradesnívelamento difuso do segmento ST, poupano apenas V1 e aVR. Laboratorialmente, apresenta dosagem de troponina e função renal dentro da normalidade.

Diante do exposto, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) pericardite de origem metastática.
- (B) doença coronariana multiarterial.
- (C) tromboembolismo pulmonar.
- (D) síndrome de Dressler.

**37**

Mulher de 44 anos, hipertensa, se encontra internada em enfermaria de clínica médica em decorrência de alterações cutâneas, artralgias e disfagia. Ao exame físico, observa-se rigidez cutânea com úlceras em articulações interfalangeanas distais, telangiectasias, lesões cutâneas do tipo "sal e pimenta" e microstomia. Exames laboratoriais evidenciam anemia hipoproliferativa normocítica e normocrômica, FAN com título 1:320, com padrão pontilhado centromérico, e pesquisa de anticorpo anti-centrônomo positiva.

A manifestação pulmonar mais frequente nos pacientes com tal diagnóstico é:

- (A) fibrose pulmonar.
- (B) pneumotórax espontâneo.
- (C) tromboembolismo pulmonar.
- (D) hipertensão arterial pulmonar.

**38**

Mulher de 32 anos, usuária de drogas ilícitas, é trazida à unidade de emergência em decorrência de cefaleia, vômitos e rebaixamento do nível de consciência. Ao exame físico, a paciente se encontra hipertensa (170 x 100 mmHg), bradicárdica (FC de 56 bpm), com respiração irregular, torporosa, com movimentos de retirada dos membros aos estímulos dolorosos, abertura ocular aos chamados e resposta verbal com sons incompreensíveis. Apresenta ainda isocoria, com reflexo fotomotor lentificado bilateralmente. Tomografia computadorizada do crânio evidencia volumosa hemorragia intraparenquimatosa à direita.

Diante do exposto, a conduta indicada é:

- (A) manter hipertensão arterial permissiva, com redução da pressão arterial (PA) apenas se estiver acima de 220 mmHg de PA sistólica, e complementar a avaliação com ressonância magnética do encéfalo para avaliar a administração intravenosa de manitol.
- (B) reduzir a pressão arterial sistólica para níveis inferiores a 140 mmHg, mantendo níveis adequados da pressão de perfusão cerebral, avaliar e controlar possíveis coagulopatias, e acionar a neurocirurgia para avaliação de abordagem cirúrgica de urgência.
- (C) realizar intubação orotraqueal tendo em vista a pontuação no escore de coma de Glasgow (9 pontos), realizar punção liquórica diagnóstica e terapêutica, prescrever manitol intravenoso, e avaliar a prescrição de nimodipina para prevenção de vasoespasm.
- (D) providenciar intubação orotraqueal, tendo em vista a pontuação no escore de coma de Glasgow menor que 8, reduzir a pressão arterial sistólica para níveis menores que 140 mmHg, controlar qualquer coagulopatia que esteja presente e avaliar trombectomia.

**39**

Mulher de 54 anos, hipertensa e com diagnóstico de transtorno bipolar, em uso de amitriptilina e carbonato de lítio, é trazida à unidade de emergência pelo seu esposo em decorrência de rebaixamento do nível de consciência. Ao exame físico, a paciente se encontra confusa, taquicárdica, hipotensa e com midriase bilateral. É realizado o eletrocardiograma abaixo demonstrado, em que fica evidente a presença de prolongamento do intervalo QT e alargamento da onda R terminal de aVR.



Disponível em: [www.litfl.com](http://www.litfl.com).

Diante do exposto, a conduta mais indicada é a administração intravenosa de:

- (A) bicarbonato de sódio.
- (B) gluconato de cálcio.
- (C) N-acetilcisteína.
- (D) naloxone.

**40**

Homem de 65 anos, hipertenso e diabético, comparece à unidade de emergência em decorrência de dor lombar e calafrios. Ao exame físico, o paciente se encontra hipotônico, taquicárdico e com lentificação da perfusão capilar periférica. Laboratorialmente, é observado aumento do nível sérico da proteína C reativa, presença de leucopenia e aumento do nível sérico de lactato. Uma tomografia computadorizada de abdome evidencia densificação da gordura perirrenal à direita. É realizada coleta de culturas.

Diante do exposto, pode-se afirmar se trata de:

- (A) caso de neutropenia febril, devendo ser prescrito cefepime imediatamente.
- (B) sepse de provável foco primário na corrente sanguínea, devendo ser iniciada vancomicina.
- (C) sepse de foco a esclarecer, devendo-se aguardar os resultados das culturas para definir o esquema antibiótico mais adequado.
- (D) provável sepse de foco urinário, devendo ser iniciado esquema antibiótico de amplo espectro, com posterior descalonamento conforme perfil de sensibilidade no antibiograma.

**41**

Mulher de 50 anos, previamente hígida, se encontra internada em decorrência de fraqueza muscular proximal, dispneia, poliartrite e fenômeno de Raynaud. Foi realizada ampla investigação do quadro, sendo diagnosticada síndrome antissintetase.

Sobre tal condição, pode-se afirmar que:

- (A) um dos seus achados clássicos é a "mão de mecânico".
- (B) cursa com quadro de pneumopatia obstrutiva.
- (C) seu anticorpo mais específico é o anti-RNP.
- (D) é uma causa de miopatia metabólica.

**42**

Homem de 67 anos, hipertenso, com diagnóstico recente de linfoma Hodgkin, se encontra internado em enfermaria de clínica médica em decorrência de equimoses extensas não associadas a traumas locais. Nega histórico prévio de doença hemorrágica. Laboratorialmente, fora a anemia associada à doença de base, apresenta contagem plaquetária e tempo de ativação da protrombina (TAP) dentro da normalidade, porém com tempo de tromboplastina parcial ativada (PTTa) prolongado. É realizado teste da mistura, não havendo correção do prolongamento do PTTa.

Diante do exposto, a hipótese mais provável é:

- (A) hemofilia A herdada.
- (B) doença de Von Willebrand.
- (C) hemofilia adquirida paraneoplásica.
- (D) síndrome do anticorpo antifosfolípideo.

# 43

Homem de 45 anos, pessoa vivendo com o HIV, comparece ao departamento de emergência em decorrência de febre, mal-estar, diplopia e cefaleia de início há cerca de uma semana, com piora gradual. Ao exame físico, o paciente se encontra febril, confuso, com rigidez de nuca, dificuldade de abdução dos olhos e com as lesões cutâneas abaixo demonstradas. Laboratorialmente, são observadas leucopenia e anemia. Uma tomografia computadorizada de crânio evidencia leve apagamento de sulcos, sugerindo algum grau de hipertensão intracraniana. Opta-se pela realização de punção lombar, que evidencia a presença de pleocitose liquórica com baixa celularidade (predomínio de mononucleares), leve aumento da proteinorraquia e glicorraquia dentro da normalidade.



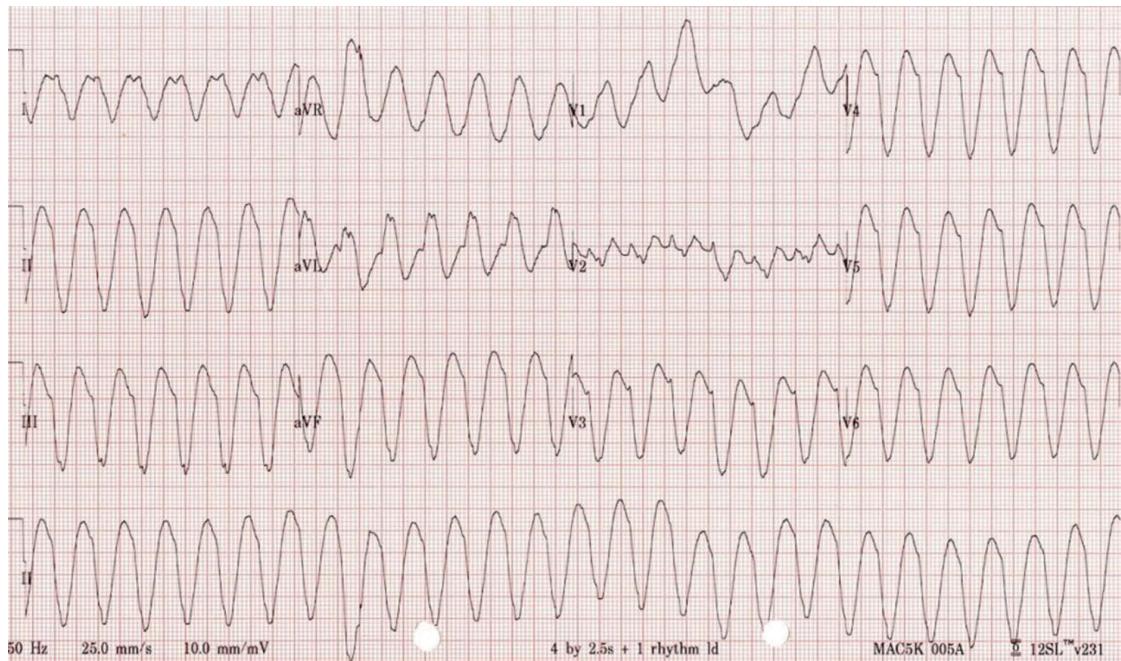
Disponível em: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).

Diante do exposto, o diagnóstico mais provável e a contagem de linfócitos T CD4+ esperada são:

- (A) neurotoxoplasmose – CD4+ maior que 200 céls/microL.
- (B) criptococose meníngea – CD4+ abaixo de 100 céls/microL.
- (C) tuberculose do sistema nervoso central – CD4+ entre 100 e 200 céls/microL.
- (D) linfoma primário do sistema nervoso central – CD4+ abaixo de 50 céls/microL.

**44**

Homem de 28 anos, diagnosticado previamente com cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito, comparece à unidade de emergência em decorrência de palpitações e dor torácica. Ao exame físico, o paciente se encontra normotenso e eupneico, embora taquicárdico. É realizado o eletrocardiograma abaixo demonstrado.



Disponível em: [www.litfl.com](http://www.litfl.com).

Com base no caso descrito e visando a distinção entre taquicardia ventricular e taquicardia supraventricular conduzindo com aberrância, os seguintes critérios poderiam ser utilizados:

- (A) Brugada.
- (B) Sgarbossa.
- (C) Romhilt-Estes.
- (D) Peguero-Lo Presti.

**45**

Mulher de 23 anos é encaminhada para avaliação reumatológica após ter sido observada ceratite intersticial durante consulta oftalmológica. Além das queixas visuais – "olho vermelho", dor, fotofobia e turvação visual –, a paciente apresenta fadiga, diminuição da acuidade auditiva, vertigens, ataxia, *tinnitus* ("zumbido") e náuseas. Ao exame físico, é observado sopro diastólico em foco aórtico (2+/6+), discreta linfonodomegalia cervical e presença de púrpura palpável em membros inferiores. Laboratório solicitado pelo oftalmologista apresenta apenas sinais de inflamação (aumento da velocidade de hemossedimentação).

Diante do exposto, o diagnóstico mais provável é:

- (A) granulomatose com poliangeíte.
- (B) lupus eritematoso sistêmico.
- (C) síndrome de Cogan.
- (D) poliarterite nodosa.

**46**

Homem de 67 anos, hipertenso, se encontra internado em enfermaria de clínica médica para investigação de fadiga, plenitude abdominal, saciedade precoce, perda ponderal, episódios de febre baixa e prurido. Ao exame físico, apresenta-se hipocorado (+/4+), com dor à palpação profunda do hipocôndrio esquerdo, onde há maciez à percussão, sendo o baço palpável a cerca de 8 cm do rebordo costal esquerdo, além de estar presente hepatomegalia palpável a cerca de 3 cm do rebordo costal direito. Laboratorialmente, observa-se anemia hipoproliferativa normocítica e normocrômica, leucocitose proeminente (38.000 células/microL) às custas de neutrofilia e trombocitose leve (510.000 plaquetas/microL), além de discreto aumento dos níveis séricos de vitamina B12, ácido úrico e LDH. Hematoscopia evidencia leucoeritroblastose, com hemácias nucleadas (cerca de 3% de blastos), e presença de contagens significativas de dacriócitos. Aspirado de medula óssea é "seco", ao passo que a análise parcial da biópsia de medula óssea demonstra a presença de hiperplasia neutrofílica e megacariocítica, além de fibrose.

Diante do exposto, o provável diagnóstico é:

- (A) mielofibrose primária.
- (B) trombocitemia essencial.
- (C) mielofibrose secundária a policitemia vera.
- (D) câncer de próstata metastático para a medula óssea.

**47**

Mulher de 65 anos, previamente hígida, se encontra internada em enfermaria de clínica médica para investigação de massa ocular de crescimento lento à direita, associada a vermelhidão e lacrimejamento excessivo local. Ao exame físico, além dos achados já descritos, apresenta linfonodomegalia palpável em região cervical e pré-auricular. Laboratorialmente, apresenta apenas aumento de parâmetros inflamatórios. Foi realizada biópsia da lesão, com resultado compatível com linfoma de zona marginal dos anexos oculares.

Uma doença potencialmente associada ao desenvolvimento de tal neoplasia é:

- (A) doença de Lyme.
- (B) esclerose sistêmica.
- (C) lúpus eritematoso sistêmico.
- (D) psitacose (infecção por *Chlamydia psittaci*).

**48**

Mulher de 54 anos, tabagista, com diagnóstico prévio de osteoporose e histórico de tromboses venosas profundas de repetição (um episódio à esquerda e dois episódios à direita), se encontra internada em enfermaria de clínica médica em decorrência de acidente vascular encefálico isquêmico. Nega neoplasias e/ou uso de terapia de reposição hormonal. Ao exame físico, apresenta hemiparesia em dimídio direito. Laboratorialmente, apresenta leve anemia macrocítica e aumento importante da homocisteína sérica. A paciente já havia realizado investigação ambulatorial devido à tendência à ocorrência de tromboses, sendo observado: FAN não reagente; pesquisa de anticoagulante lúpico negativa; anti-beta2 glicoproteína 1 negativa; pesquisa de anticorpo anticardiolipina negativa; pesquisa do fator V de Leiden negativa (ausência de mutação); proteína C funcional e proteína S funcional dentro da normalidade; e dosagem de antitrombina normal. Diante do exposto, a hipótese diagnóstica mais provável entre as abaixo listadas é:

- (A) hemoglobinúria paroxística noturna.
- (B) síndrome de May-Thurner.
- (C) hiper-homocisteinemia.
- (D) policitemia vera.

## 49

Homem de 61 anos, hipertenso e com hiperplasia prostática benigna, se encontra em acompanhamento com a hematologia após ser observada hiperglobulinemia, sendo diagnosticado com gamopatia monoclonal de significado incerto (MGUS).

Sobre tal condição, pode-se afirmar que:

- (A) são comuns queixas de fadiga e anorexia.
- (B) pode levar a uma glomerulonefrite proliferativa imunomediada.
- (C) está indicado o uso de corticoide e, em alguns casos, ciclofosfamida.
- (D) é alto o risco de progressão para macroglobulinemia de Waldenström.

## 50

Mulher de 28 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) há cerca de quatro anos, se encontra internada em enfermaria de clínica médica em decorrência de quadro de dor torácica do tipo pleurítica e dispneia. Ao exame físico, a paciente não apresenta alterações à ausculta pulmonar. Exames laboratoriais não apresentam indícios de processo infeccioso associado. Radiografia de tórax evidencia apenas elevação do diafragma. Tomografia computadorizada de tórax não apresenta alterações no parênquima pulmonar e/ou pleura. Eletrocardiograma e ecocardiograma também não revelam alterações. Foi realizada espirometria, com resultado compatível com distúrbio ventilatório restritivo, por apresentar redução apenas dos volumes e capacidades pulmonares, com fluxos corrigidos normais.

Diante do exposto, a provável explicação para o quadro respiratório é:

- (A) pleurite lúpica.
- (B) hemorragia alveolar.
- (C) hipertensão arterial pulmonar.
- (D) síndrome do pulmão encolhido.

